



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA TERAPIĘ MBST®

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Na czym polega Terapia MBST®

Terapia MBST® wpływa na zaburzone funkcje komórek lub grup komórek, mianowicie aktywuje procesy metaboliczne w organizmie i wyzwała procesy regeneracji. W tym celu wytwarza się w urządzeniu do terapii MBST® główne pole elektromagnetyczne w leczonej okolicy, które najpierw ustawia jądra atomów wodoru. Potem jądra są obracane impulsami radiowymi za pomocą specjalnie dopasowanej do pacjenta sekwencji leczniczej o kąt do 180° (spin jądra) i na końcu impulsu wracają do pierwotnego poziomu energii, co nazywamy relaksacją. Doprowadzona energia natomiast oddawana jest do otaczającej tkanki i wyzwała procesy biofizyczne

Oświadczenie Pacjenta o stanie zdrowia przed rozpoczęciem Terapii MBST®:

	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy karmi Pani piersią?		
Stymulator/ elektrody serca		
Metalowe opiłki w ciele		
Implant słuchowy		
Sztuczne zastawki serca		
Metalowe klipsy naczyniowe, wszczepione elementy wewnątrznaczyniowe (np. filtry naczyniowe, spirale embolizujące)		
Zastawki komorowe lub rdzeniowe		
Neurostymulatory lub inne implantowane stymulatory		
Metalowe stabilizacje ortopedyczne i protezy		
Metalowe elementy stomatologiczne (np. mostki zębowe)		
Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)		
Metalowe szwy chirurgiczne		
Inne wszczepione elementy metalowe,		

Jakie?		
Wszczepione pompy lekowe (np. insulinowe)		
Czy w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne?		
Proszę wymienić:		

Czy zdiagnozowano u Pani/ Pana:

Niewydolność wątroby (czy miał/a Pani/ Pan wykonany przeszczep wątroby)		
Nagłą utratę przytomności		
Schorzenia kardiologiczne		
Choroby neurologiczne (padaczkę drgawki)		
Niedoczynność tarczycy		
Podwyższone stężenie żelaza w surowicy		
Nieregularne bicie serca		
Czy występują u Pani/ Pana uczulenia?		
Jakie:		

Szczególne przeciwwskazania w Terapii MBST®:

-Wszelkie czynne implanty w obszarze leczenia albo w jego bezpośrednim sąsiedztwie: rozruszniki serca, defibrylatory (systemy ICD), pompy przeciwbólowe oraz insulinowe itd.

-Ciąża

-Obszary leczenia, w których występują aktywne zakażenia bakteryjne

-Obszary leczenia, w których znajdują się albo znajdowały się guzy, również po ich usunięciu

-Białaczka albo chłódnik w wywiadzie

-Zakażenie wirusem HIV

-Choroby reumatyczne w fazie ostrej

Konieczność dodatkowej konsultacji lekarskiej w przypadku:

- Obecności ferromagnetycznych ciał obcych w obszarze leczenia
- Występowania nadciśnienia tętniczego krwi albo ciężkich chorób serca
- Aby uniknąć potencjalnego zakażenia spowodowanego iniekcją kortyzonu lub kwasu

hialuronowego przed terapią MBST®, zalecane jest rozpoczęcie terapii MBST® nie wcześniej niż 5 dni po takiej iniekcji.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób, wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w dane są poufne.

Powyższe zasady przeczytałam/em i zrozumiałam/em, uzyskałam/em również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Potwierdzam, że zapoznałam/em się z w/w listą przeciwwskazań. Mogłam/em zapytać o wszystko, co jest dla mnie ważne. Jestem świadoma/y braku gwarancji całkowitego powodzenia leczenia. Nie mam dalszych pytań, udzielono mi wyczerpujących wyjaśnień i niniejszym wyrażam po namyśle świadomą zgodę na Terapię MBST®. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg wykonywany jest w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

.....
Podpis pacjenta (przedstawiciela ustawowego)



OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dane Pacjenta (rodzica, opiekuna prawnego):

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

Jeśli oświadczenie wypełnia opiekun prawny Pacjenta, należy podać dane Pacjenta:

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na wskazany przeze mnie adres e-mail:

.....
(Proszę wypełniać drukowanymi literami. Placówka nie ponosi winy za błędne podanie adresu e-mail)

Do uzyskania informacji o udzielanych świadczeniach oraz do dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach upoważniam:

Nie upoważniam nikogo

1.

upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta; upoważnienie do dokumentacji medycznej

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu, adres e-mail)

2.

upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta; upoważnienie do dokumentacji medycznej

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu, adres e-mail)

Data i podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (danych osobowych pacjenta) przez niniejszy podmiot, niezbędne dla potrzeb realizacji świadczonych usług medycznych, zgodnie z przepisami ustawy z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000 ze zm.).

Zostałam/-em poinformowana/-y o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Data i podpis